

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری



دانشگاه علم و فرهنگ

دانشکده روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی-گرایش خانواده درمانی

رابطه بین انعطاف پذیری خانواده، اشتغال ذهنی پیرامون غذا و تصویر بدنی در زنان مصرف کننده ماده محرک شیشه

نگارش

معصومه رحمتی زاده

استاد راهنما

دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی

بهمن ۱۳۹۰

صلى الله عليه وسلم

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری



دانشگاه علم و فرهنگ

دانشکده روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی-گرایش خانواده درمانی

رابطه بین انعطاف پذیری خانواده، اشتغال ذهنی پیرامون غذا و تصویر بدنی در زنان مصرف کننده ماده محرک شیشه

نگارش

معصومه رحمتی زاده

استاد راهنما

دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی

استاد مشاور

دکتر علیرضا مهدویان

بهمن ۱۳۹۰

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم که در تمامی مراحل زندگی حامی من هستند

و

تما می کسانی که انگیزه تغییر موجب بقای زندگی شان می شود

تقدیر و تشکر

از استاد عزیزم

خانم دکتر خدابخشی کولایی که در این مسیر همواره در کنارم بودند و از راهنمایی های
بی دریغ شان بهره مند بودم

واستاد گرامی

جناب دکتر مهدویان که در دوران تحصیل از وجودشان بهره بسیار برده ام .

چکیده

زمینه و هدف: مت آمفتامین (شیشه) یک ماده محرک بسیار اعتیاد آور است؛ که تأثیرات مخربی دارد و همچنین شواهدی وجود دارد که مصرف مت آمفتامین از دیدگاه زنان تا حدودی بخاطر انگیزه کاهش وزن می باشد. هدف تحقیق حاضر تعیین رابطه بین انعطاف پذیری خانواده، مشغولیت ذهنی پیرامون غذا و تصویر بدنی در زنان مصرف کننده شیشه می باشد.

مواد و روش کار: در این تحقیق، تعداد ۸۰ نفر از افراد مصرف کننده ماده محرک شیشه، به شکل نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه های تصویر بدنی، انعطاف پذیری خانواده و مشغولیت ذهنی پیرامون غذا را پاسخ دادند. به منظور تحلیل داده های پژوهش از آمار استنباطی، گشتاوری پیرسون، ماتریس همبستگی و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته ها: یافته های پژوهش حاکی از آن است که بین انعطاف پذیری خانواده و مشغولیت ذهنی پیرامون غذا رابطه وجود دارد ($P < 0/01$) و بین متغیرهای دیگر؛ انعطاف پذیری خانواده و تصویر بدنی، تصویر بدنی و مشغولیت ذهنی پیرامون غذا رابطه ای وجود ندارد. از سوی دیگر انعطاف پذیری خانواده پیش بینی کننده مشغولیت ذهنی پیرامون غذا می باشد.

نتیجه گیری: از آنجا که متغیر جنسیت، الگوهای استعمال مواد مخدر را تعیین می کند. از این رو، این نتایج بر ضرورت در نظرگفتن مولفه انعطاف پذیری خانواده و مشغولیت ذهنی پیرامون غذا در پیشگیری و درمان تأکید می کند.

کلید واژه: ماده محرک شیشه، انعطاف پذیری خانواده، مشغولیت ذهنی پیرامون غذا، تصویر بدنی

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل ۱.....	۱
مقدمه	۱
۱-۲- بیان مسئله	۶
۱-۳- ضرورت و اهمیت تحقیق	۱۰
۱-۴- اهداف پژوهشی	۱۳
۱-۴-۱- هدف کلی	۱۳
۱-۴-۲- اهداف اختصاصی	۱۳
۱-۵- سؤالات پژوهشی	۱۳
۱-۶- متغیرهای پژوهش	۱۴
۱-۶-۱- تعاریف مفهومی	۱۴
۱-۶-۲- تعاریف عملیاتی	۱۵
فصل ۲	۱۶
۱-۲- مت آمفتامین	۱۶
۱-۱-۲- تاریخچه مت آمفتامین	۱۶
۲-۱-۲- تأثیرات مت آمفتامین	۱۸
۱-۲-۱-۲- مت آمفتامین و اختلال عصب شناختی و تأثیر آن بر کارکرد اجتماعی	۲۱
۲-۲-۱-۲- تغییر و آسیب های مغزی پس از سوء مصرف شیشه	۲۴
۳-۲-۱-۲- تأثیرات روانشناختی و جسمانی مت آمفتامین	۲۴
۳-۱-۲- عوارض و علل مصرف مت آمفتامین در زنان	۲۶
۱-۲-۲- تصویر بدنی	۲۸
۲-۲-۲- رویکردهای نظری مربوط به تصویر بدنی	۳۰
۱-۲-۲-۲- نظریه های فمینیستس و شیء‌انگاری	۳۳
۲-۲-۲-۲- نظریه مقایسه اجتماعی	۳۴
۳-۲-۲-۲- دیدگاه فرهنگی-اجتماعی	۳۵
۴-۲-۲-۲- دیدگاه روان تحلیل گری	۳۷

۳۸	..... دیدگاه شناختی-رفتاری
۴۰	..... نارضایتی بدنی
۴۰	..... عوامل مرتبط با تصویر بدنی
۴۲	..... جنس و تصویر بدنی
۴۳	..... عوامل اجتماعی-فرهنگی
۴۴	..... عوامل زیستی
۴۵	..... عزت نفس و خود پنداره
۴۷	..... مشغولیت ذهنی پیرامون غذا
۴۷	..... عوامل مرتبط با مشغولیت ذهنی پیرامون غذا
۴۹	..... اهمیت افکار مثبت در مورد غذا
۵۱	..... انعطاف پذیری خانواده
۵۲	..... نظری سیستم ها و انعطاف پذیری خانواده
۵۲	..... مدل گشتاوری سیستم های خانواده
۵۵	..... فرضیه های مدل گشتاوری
۵۷	..... تغییرات در سیستم های زوجی و خانوادگی در طول زمان
۵۹	..... مدل ساختاری خانواده
۶۰	..... نقش خانواده در ایجاد اختلال خوردن و وابستگی به مواد
۶۳	..... رضایت خانوادگی در خانواده های دارای عضو مبتلا به اختلال خوردن
۶۴	..... کاربرد رویکردهای خانواده درمانی در درمان اختلالات خوردن
۶۴	..... رویکرد ساختاری مینوچین
۶۵	..... رویکرد ساختاری-راهبردی
۶۶	..... رویکرد رهنمود یکسان سلوینی-پالازولی
۶۶	..... جمع بندی
۶۸	..... فصل ۳
۶۸	..... ۱-۳ روش پژوهش
۶۸	..... ۲-۳ جامعه آماری
۶۸	..... ۳-۳ گروه نمونه

۶۸.....	۴-۳- روش نمونه گیری.....
۶۹.....	۵-۳- ملاک های ورود به پژوهش
۶۹.....	۶-۳- ملاک های خروج از پژوهش
۶۹.....	۷-۳- ابزار پژوهش
۶۹.....	۱-۷-۳- پرسشنامه انعطاف پذیری خانواده
۷۰.....	۲-۷-۳- پرسشنامه مشغولیت ذهنی پیرامون غذا
۷۱.....	۳-۷-۳- پرسشنامه تصویر تن فیشر
۷۱.....	۴-۷-۳- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی
۷۲.....	۸-۳- روش اجرا
۷۲.....	۹-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۷۲.....	۱۰-۳- ملاحظات اخلاقی
۷۳.....	فصل ۴ -
۷۳.....	۱-۴- یافته های توصیفی
۸۲.....	۲-۴- یافته های پژوهشی
۸۶.....	۳-۴- یافته های جانبی
۸۸.....	فصل ۵ -
۸۸.....	۱-۵- بحث و نتیجه گیری یافته های پژوهشی
۸۸.....	۱-۱-۵- سؤال اول پژوهش
۹۱.....	۲-۱-۵- سؤال دوم پژوهش
۹۲.....	۳-۱-۵- سؤال سوم پژوهش
۹۲.....	۴-۱-۵- سؤال چهارم پژوهش
۹۶.....	۵-۱-۵- یافته های جانبی
۹۷.....	۲-۵- پیشنهادها
۹۷.....	۱-۲-۵- پیشنهادهای کاربردی
۹۸.....	۲-۲-۵- پیشنهادهایی برای پژوهش های آینده
۹۹.....	۳-۵- محدودیت ها
۱۰۰.....	منابع

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲ عوامل خطر گسترش مشکلات تصویر بدنی در دختران	۴۱
جدول ۲-۲ مدل های تئوری مبتنی بر انسجام ، انعطاف پذیری و گفتگو	۵۳
جدول ۱-۴ شاخص های توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) برای متغیرهای سن و مصرف سیگار	۷۳
جدول ۲-۴ شاخص های توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) متغیرهای سطح تحصیلات و وضعیت تأهل	۷۵
جدول ۳-۴ شاخص های توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) سطح تحصیلات والدین و مصرف سایر اعضا	۷۷
جدول ۴-۴ شاخص های توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) متغیرهای مصرف سایر اعضای خانواده	۷۸
جدول ۵-۴ شاخص های توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) متغیرهای میزان و مدت مصرف	۷۹
جدول ۶-۴ شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) برای متغیرهای اصلی پژوهش	۸۱
جدول ۷-۴ ماتریس همبستگی انعطاف پذیری خانواده ، با اشتغال ذهنی پیرامون غذا و تصویر بدنی	۸۲
جدول ۸-۴ خلاصه مدل پیش بینی مشغولیت ذهنی پیرامون غذا بر اساس انعطاف پذیری خانواده	۸۴
جدول ۹-۴ ضریب استاندارد مربوط به مشغولیت ذهنی پیرامون غذا	۸۴
جدول ۱۰-۴ خلاصه مدل پیش بینی تصویر بدنی بر اساس انعطاف پذیری خانواده	۸۵
جدول ۱۱-۴ جدول توافقی میزان مصرف با تصویر بدنی، انعطاف پذیری و مشغولیت ذهنی و نتایج خی دو	۸۶
جدول ۱۲-۴ جدول توافقی مدت مصرف با تصویر بدنی، انعطاف پذیری و مشغولیت ذهنی و نتایج خی دو	۸۷

فهرست اشکال

عنوان	صفحه
شکل ۱-۴ فراوانی سطوح مختلف سنی	۷۴
شکل ۲-۴ فراوانی مصرف سیگار	۷۵
شکل ۳-۴ فراوانی سطوح مختلف تحصیلی	۷۶
شکل ۴-۴ فراوانی سطوح مختلف وضعیت تأهل	۷۷
شکل ۵-۴ فراوانی سطوح مختلف تحصیلی پدر و مادر	۷۸
شکل ۶-۴ فراوانی مصرفی سایر اعضای خانواده	۷۹
شکل ۷-۴ فراوانی میزان مصرف در جامعه پژوهشی	۸۰
شکل ۷-۴ فراوانی مدت زمان مصرف در جامعه پژوهشی	۸۱

فصل اول

کلیات پژوهش

مصرف مواد مخدر و اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گستره جهانی پیدا کرده، پا از مرزهای بهداشتی درمانی فراتر نهاده و به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است (زینالی و همکاران، ۱۳۸۶). با نگاهی واقع بینانه به مسأله اعتیاد و سوء مصرف مواد، به راحتی در می یابیم، که طبقات مختلف اجتماع با این مسأله به طور جدی درگیر می باشند، به طوری که هم اکنون مردان و زنان زیادی، خصوصاً از سنین نوجوانی تا میانسالی مواد مخدر مصرف می کنند و به آن وابسته اند (حیدرنیا، چرخیان، ۱۳۸۶). آمار رو به افزایش مصرف مواد مخدر در دنیای کنونی به گونه ای است که یکی از سم شناسان معروف دنیا به نام لودوینگ می گوید: «اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت ها شده باشد» (قاسم خانی، ۱۳۸۲). مطابق گزارشهای آماری، مصرف مواد مخدر در ایران نیز روندی رو به افزایش دارد (ستاد پیشگیری و مبارزه با مصرف مواد، ۱۳۸۲).

اینک پدیده اعتیاد در میان زنان نیز همچون عارضه ای فردی، خانوادگی و اجتماعی مطرح می باشد و دارای ابعاد پیچیده و چندگانه است؛ مطالعاتی حاکی از افزایش مصرف مواد در زنان در سالهای اخیر بوده است (رزاقی و همکاران، ۱۳۸۲؛ رحیمی موقر، ۱۳۸۰؛ رحیمی موقر و همکاران ۱۳۸۳ نقل از رحیمی موقر، ۱۳۸۳)، لیکن معدود اطلاعاتی از سه دهه پیش وجود دارد که افزایش میزان شیوع مصرف مواد و اعتیاد را در زنان نسبت به آن سال ها تداعی نمی نماید (رحیمی موقر، ۱۳۸۳).

براساس یک بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۱ در تهران که بصورت کلی صورت گرفته است بیشترین طیف سنتی معتادان ۲۵-۲۹ سال و ۶/۹ درصد آنها را زنان تشکیل داده اند ۴۱ درصد متأهل و ۵۰ درصد مجرد بوده اند و در ۱۰۰ درصد موارد توسط یکی از افراد خانواده یا بستگان به سمت مصرف مواد رو آورده اند. براساس این تحقیق از نظر علت مصرف ۲۵/۵ درصد کسب لذت، ۲۲ درصد کنجکاوی، ۲۶ درصد مشکلات روحی، ۵ درصد مشکلات جسمی، ۷ درصد درد، ۳/۳ درصد در دسترس بودن مواد عنوان کرده اند (نجاری، ۱۳۸۶). با این وجود،

علل شیوع اعتیاد پیچیده و متعدد است و بنا به ویژگیهای جوامع مختلف تفاوت‌های قابل ملاحظه ای دارد (زینالی و همکاران، ۱۳۸۶). در این پژوهش، یکی از علل شیوع مصرف مواد در بین زنان؛ کاهش وزن بر اثر استعمال ماده محرک شیشه بررسی خواهد شد .

خودپنداره که عموماً آگاهی فرد از ویژگیها، صفات و محدودیتهای شخص تلقی می شود، طریقی است که در آن چنین خصوصیتی به طور مشابه یا متقارن با خصوصیات سایر افراد نگریسته می شود و یکی از جنبه های مهم رشد اجتماعی است که از طریق تجارب اجتماعی با سایر افراد اجتماع به دست می آید. چنین نگرشی نسبت به خودپنداره، با درگیری موفقیت آمیز در فعالیت های شناختی و اجتماعی موجب رشد و گسترش خودپنداره مثبت در تقسیم بندی دو بعد تحصیلی و غیرتحصیلی شده است. جنبه تحصیلی خودپنداره شامل حوزه های شناختی و عقلانی و جنبه غیرتحصیلی آن شامل صور احساسی، اجتماعی و بدنی است. تصویر بدنی که به نوعی خودپنداره بدنی است، عبارت است از نگرش ذهنی است که هر فرد از ظاهر و توانایی های خود دارد(بهرام، شفیع زاده، صنعتکاران ، ۱۳۸۱). در جامعه امروزی تأکید فرهنگی- اجتماعی بسیاری بر روی جذابیت و تناسب اندام وجود دارد و طبق تحقیقات فشارهای اجتماعی در مورد لاغری و نظرات گسترده در مورد ساختار بدن باعث شده است که نارضایتی از بدن و تصویر بدنی منفی در میان جامعه و بخصوص در زنان بسیار شایع شود (اوریوردان^۱ و همکاران، ۲۰۰۸؛ پاپ^۲ و همکاران، ۲۰۰۰ نقل از سیدنور و همکاران، ۱۳۸۹). از سویی دیگر، شیوع نارضایتی از بدن یک نگرانی عمده محسوب می شود، چرا که با اختلالات و نقص های روانی مانند کاهش عزت نفس، افسردگی، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلالات جنسی و بیماری های مربوط به بدشکلی بدن همراه است (کش^۳ و هیکز^۴، ۱۹۹۰؛ نای و کش، ۲۰۰۶ نقل از سیدنور و همکاران، ۱۳۸۹). برطبق تحقیقات، به نظرکاهش وزن مشهورترین روش درمانی تصویر بدنی منفی می باشد (سارور^۵، گراسبارت^۶ و دی دی^۷، ۲۰۰۱).

^۱ - Oriordan

^۲ - Pope

^۳ - Cash

^۴ - Hicks

^۵ - Sarwer

^۶ - Grossbart

از سوی دیگر، بر طبق تحقیقات نتایج روانشناختی، رژیم غذایی ممکن است شامل؛ مشغولیت ذهنی پیرامون غذا و احساس محرومیت باشد (پالیوی^۸ و هرمن^۹، ۱۹۹۷). وبه عبارتی دیگر می توان گفت، اشتغال ذهنی پیرامون غذا از خصوصیات کسانی است که به دنبال کاهش وزن، رژیم می گیرند (جونز^{۱۰} و راجرز^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ راجرز و گرین^{۱۲}، ۱۹۹۳، وارن^{۱۳} و کوپر^{۱۴}، ۱۹۹۸، نقل از تاپر و پوتوس، ۲۰۱۰). نتایج حاصل از پژوهش ها حاکی از آن است که مؤلفه های متعددی از قبیل؛ حجم توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی، ناکارآمدی خانواده، تعادل ناکارآمد خانواده و گفتگوی منفی دوستان نقش مهمی در گسترش رفتارهای نادرست خوردن در زنان دارند (کیشر^{۱۵} و کراثر^{۱۶}، ۲۰۰۳؛ استایس^{۱۷}، ۱۹۹۴). از آنجایی که، در بسیاری از موارد، نظام خانواده مایل است که خود را در یک دامنه ترجیحی و آشنا نگهدارد. انعطاف پذیری خانواده بویژه به ساختار روابط خانواده توجه می کند (استاینش فیلد^{۱۸}، ۲۰۰۶). والدین فرزندی که در خانواده های دارای اختلالات خوردن زندگی می کنند، دارای الگوهای تعاملی خاص همانند؛ محدودیت، حمایت گری بیش از حد، سخت گیری، حل تعارض ضعیف یا اجتناب از حل آن هستند و دائم با بیمار معلوم، مثلث سازی می کنند. الگوهای تعاملی آنها مدور بوده و تعامل های نامناسب خانواده باعث بروز واکنش های روان شناختی و جسمانی در فرزند می شود و با تشدید علائم روان شناختی فرزند، الگوهای معیوب تقویت شده و یک فرایند چرخشی و مداوم دور باطل ایجاد می کنند (مینوچین، نیکولز و یانگ لی ترجمه ، خدابخشی کولایی، ۱۳۹۰).

انعطاف پذیری در طول یک پیوستار عمودی از حداقل تا بی نهایت قرار دارد و روابطی که به سمت سطوح بی نهایت این پیوستار سوق پیدا می کنند بنظر سطوح نامتوازی از انعطاف پذیری در روابط را دارا خواهند بود و

^۷ - Didie
^۸ - Polivy
^۹ - Herman
^{۱۰} - Jones
^{۱۱} - Rogers
^{۱۲} - Green
^{۱۳} - Warren
^{۱۴} - Cooper
^{۱۵} - Kichler
^{۱۶} - Crowther
^{۱۷} - Stice
^{۱۸} - Stinchfield

مشکلات بیشتری را برای خانواده را در هنگام گذر خانواده از چرخه های زندگی ایجاد می کند. خانواده ها در جستجو حفظ تعادل خود می باشند. خانواده ها با کارآمد بهینه و متعادل به سمت مرکز پیوستار انعطاف پذیری سوق پیدا می کند و به عنوان خانواده های منعطف و ساختاردار توصیف می شوند. روابط ساختاردار در طول زمان کارآمدتر هستند و بیشتر دموکراتیک می باشند. تفاوت اصلی میان این روابط و آنهایی که در سوی بی نهایت این پیوستار قرار دارند، توانایی ایجاد بعضی تغییرات در پاسخ به مراحل تحولی خانواده در طول زمان می باشد (اولسون و گورال^{۱۹}، ۲۰۰۳) و همانگونه که مینوچین، راسمن و بیکر (۱۹۸۷) خاطر نشان ساخته اند، اگر تقاضای تغییر این دامنه بسیار بزرگ، ناگهانی، یا فراتر از آستانه تحمل نظام باشد، احتمالاً با پاسخ های انحرافی فرد مواجه خواهد شد. در خانواده های آسیب زا، حتی تقاضا برای ضروری ترین یا خفیف ترین تغییرات می تواند موجب افزایش انعطاف ناپذیری و مقاومت خانواده شود، چرا که خانواده سر سخته تلاش می کند قواعد خانوادگی را حفظ نماید. وقتی نظام خانوادگی آن قدر انعطاف پذیر نیست که اجازه تغییر را در راستای انطباق با نیاز های تحولی و در حال تغییر اعضای خویش بدهد، ممکن است در یکی از اعضای خانواده نشانه های بیماری پدیدار شود (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ترجمه برواتی و نقشبندی ۱۳۸۹). پژوهش ها نشان داده اند که سه گونه خانواده دارای عضو مبتلا به اختلالات خوردن وجود دارد :

۱_ خانواده های حمایتگر افراطی، که دختران خویش را بسیار وابسته و بدون استقلال بار می آورند و تأکید اندکی بر موقعیت های فردی دارند.

۲_ خانواده های کمال طلب، ظاهر جسمانی جذاب و موفقیت در کسب توجه را مبنی بر پیشرفت اعضای خود می پندارند. توجه به ظاهر جسمانی، تلاشی است برای ممانعت از آشکار شدن تعارض های شدید و جدی درون خانواده.

۳_ خانواده های آشفته، که از طریق رفتارهای ضد اجتماعی، بی بند و باری خانواده و مصرف بیش از حد مواد مشخص می شود (خدابخشی کولایی، ۱۳۸۸). در تأیید این نظریه تحقیقات نشان می دهد متعلق بودن به

^{۱۹} Gorall

یک خانواده با مقررات و هدایت کنندگی ناکافی، با ارتباط عاطفی پایین و سطوح بالایی از تعارض با مصرف مواد همبستگی دارد (کانینگهام^{۲۰} و راندال^{۲۱}، ۲۰۰۳). همچنین، تحقیقات پیشین نشان دادند که رفتارهای مرتبط با خوردن با برخی عوامل از قبیل سن، جنس، نژاد و خصوصیات خانواده مرتبط می باشد (استایس^{۲۲}، شاو^{۲۳}، ۲۰۰۲).

با توجه به این که، نارضایتی از بدن و نگرانی های مرتبط با وزن در میان زنان در جوامع غربی در دوران نوجوانی و اوایل بزرگسالی شیوع پیدا کرده است سنینی که با افزایش مصرف تفریحی مواد همبستگی دارد (استوک^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۲) و از طرفی دیگر، برخی از مطالعات حاکی از شیوع قابل توجه مصرف داروهای روانگردان بدون تجویز پزشک در زنان هستند (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱) که شاید شایعترین مواد مورد اعتیاد در زنان ایرانی باشد و همچنین، پژوهشهای قبلی نیز نشان می دهد که زنان با پیشینه های اجتماعی متفاوت ممکن است برای رسیدن به تأثیرات مطلوبی نظیر افزایش انرژی و کاهش وزن جذب مت آمفتامین شوند. (راوسون^{۲۵} و همکاران، ۲۰۰۲).

۱-۲- بیان مسئله

مت آمفتامین یک ماده محرک بسیار اعتیاد آور و یکی از بیشترین مواد اعتیادآور جهانی است؛ تخمین زده می شود ۳۵ میلیون مصرف کننده مت آمفتامین در جهان وجود داشته باشد (رومانلی^{۲۶} و اسمیت^{۲۷}؛ ۲۰۰۶). کریستال یا شیشه مشتقی از آمفتامین و محرک بسیار قوی است که مستقیماً بر سیستم عصبی خودکار و فعالیت های سیستم عصبی مرکزی تأثیر می گذارد حتی هنگامیکه در مقادیر پایین مصرف شود (شرم^{۲۸}

^{۲۰} - Cunningham
^{۲۱} - Randall
^{۲۲} - Stice
^{۲۳} - Shaw
^{۲۴} - Stock
^{۲۵} - Rawson
^{۲۶} - Romanelli
^{۲۷} - Smith
^{۲۸} - Shrem

وهالکیتز^{۲۹}، ۲۰۰۸). تحقیقات اخیر نشان دادند که وابستگی به مت آمفتامین به طور معناداری با آسیب های مرتبط با کیفیت سلامت در زندگی از جمله کاهش کارکردهای اجتماعی و جسمانی همبستگی دارد (کوستن بادر^{۳۰}، زول^{۳۱}، کومز^{۳۲}؛ ۲۰۰۷، سومرز^{۳۳}، باسکین^{۳۴}، و باسکین- سومرز^{۳۵} ۲۰۰۶). همچنین، شواهد بسیاری نشان می دهند که مصرف مزمن مت آمفتامین می تواند به عوارض شدید عصب روانشناختی (نوردال^{۳۵}، سالو^{۳۶} و لمون^{۳۷}، ۲۰۰۳) از جمله؛ تخریب کارکرد اجرایی مغز و بازداری پاسخ در افراد منجر شود (اسکات و همکاران، ۲۰۰۷)، که ممکن است پس از ترک نیز اثرات آن به مدت طولانی تداوم داشته باشد (جوهانسون^{۳۸} و همکاران ۲۰۰۶؛ سالو و همکاران ۲۰۰۲). همچنین، گاهی اوقات، افرادی که نشانه های اختلال بی اشتهایی عصبی را دارند، تمایل به استفاده از داروهای رژیمی برای کمک به کاهش وزن دارند، که غالباً بیشتر این داروها محدود کننده اشتها، کوکائین و آمفتامین بویژه، مت آمفتامین هستند. اعتیاد به مت آمفتامین موجب تسریع کاهش وزن شده و به تخریب جسمانی منجر می شود (رامنی^{۳۹}، ۲۰۰۹). با توجه به این که چند سالی است تاکید بر لاغری و رژیم غذایی مورد توجه همه طبقات اجتماعی در جامعه قرار گرفته است (دادستان، ۱۳۸۵) باید توجه بیشتری به مؤلفه های مرتبط با کاهش وزن از جمله؛ تصویر بدنی داشت.

ادبیات پژوهشی آشکارا، فشار جامعه برای لاغر بودن و همچنین گرایش به لاغری و نارضایتی از بدن با تصویر بدنی منفی مرتبط می سازد و تأثیر آنها را در گسترش اختلالات خوردن نشان می دهد (کش، هرابوسکی^{۴۰} و پری ۲۰۰۴؛ استایس ۲۰۰۲؛ استایس، شاو ۲۰۰۲). تصویر بدنی مفهومی چند مؤلفه ای نظیر: مؤلفه های ادراکی (بطور مثال برآورد اندازه بدن)، مؤلفه های شناختی-نگرشی (مانند نارضایتی بدنی و سرمایه گذاری

^{۲۹} - Halkitis
^{۳۰} - Costenbader
^{۳۱} - Zule
^{۳۲} - Coomes
^{۳۳} - Sommers
^{۳۴} - Baskin
^{۳۵} - Nordahl
^{۳۶} - Salo
^{۳۷} - Leamon
^{۳۸} - Johanson
^{۳۹} - Rumney
^{۴۰} - Hrabosky

ظاهر) و مؤلفه های رفتاری (از جمله ؛ بررسی بدنی و کنترل رفتاری) می باشد. به عقیده "میلر، مورفی و باس" آگاهی از بدن و قابلیت آن از سه جنبه مطرح می باشد. اولین سطح آن آگاهی کلی از بدن می باشد که شامل احساس ذهنی هر فرد از ظاهر خود است. مانند چین و چروک پوست، ریزش مو، برآمدگی شکم و تناسب لباس با بدن است. دومین سطح آن آگاهی از بدن و اعمال آن است یعنی آگاهی از احساسات اندام های داخلی که قابل مشاهده نیستند؛ مانند احساس نسبت به علائم بیماری از قبیل قلبی-عروقی ، معده و فشار خون. سومین سطح آگاهی مربوط به قابلیت های بدنی است که شامل ارزشیابی ذهنی از توانایی بدنی جهت رسیدن به اهداف بدنی است که فرد برای خود در نظر گرفته است. این سطح با واژه خودکارآمدی در ارتباط است (بهرام، شفيعی زاده، ۲۰۰۲ نقل از قاسمی، ۱۳۸۸). گزارشها نشان دادند رفتارهای مرتبط با وزن بدن با متغیرهایی از قبیل حجم توده بدنی و نارضایتی از تصویر بدنی همبستگی دارد (جانگ وی^{۴۱} ، ماری، ۲۰۰۷). از سویی تصویر ذهنی، اعتماد به نفس، هویت و ایفای نقش از اجزای مهم خودپنداره می باشد (پاتر^{۴۲} و پری، ۲۰۰۴). و مطالعات آینده نگر در نوجوانان نشان دادند که نگرانیهای وزن و اختلالات تصویر ذهنی و افسردگی هر کدام خطری برای اختلالات خوردن می باشد (ایوارسون^{۴۳} و همکاران، ۲۰۰۵). به عبارتی افراد با تصویر ذهنی منفی احتمالاً بیشتر مبتلا به اختلال خوردن می شوند و بیشتر از احساساتی مانند تنهایی، افسردگی، اعتماد به نفس پایین و وسواس در رابطه با کاهش وزن رنج می برند (انجمن بین المللی اختلالات خوردن، ۲۰۰۶ نقل از صفری و همکاران، ۱۳۸۸). باید در نظر داشت که، هر جامعه معیارهای ایده آلی را برای چهره و بدن هم برای زنان و هم مردان دارد و تضادها هنگامی ایجاد می شود که، تصویر ذهنی از خود با تصویر ذهنی ایده آل مطابق نباشد (اسماعیلی، ۲۰۰۳) و این در حالی است که فشارهای اجتماعی برای دست یابی به لاغری ایده آل، به ویژه، برای زنان از سوی جامعه اعمال می شود (براونل^{۴۴} و وادن^{۴۵}، ۱۹۹۱).

^{۴۱} - Jungwee

^{۴۲} - Potter

^{۴۳} - Ivarsson

^{۴۴} - Brownell

^{۴۵} - Wadden

همان طور که گفته شد، اشتغال ذهنی پیرامون غذا از خصوصیات کسانی است که به دنبال کاهش وزن، رژیم می گیرند (جونز و راجرز، ۲۰۰۳؛ راجرز و گرین، ۱۹۹۳، وارن و کوپر، ۱۹۹۸ نقل از تاپر و پوتوس، ۲۰۱۰). که این موضوع از چندین بعد حائز اهمیت است؛ مطالعات نشان می دهد افرادی که می خواهند لاغر شوند در مقایسه با غیر رژیمها در انجام آزمون های زمان واکنش، حفظ توجه و یادآوری مستقل آسیب هایی را نشان می دهند (گرین، الیمان^{۴۶} و راجرز، ۱۹۹۷؛ راجرز و گرین، ۱۹۹۳ نقل از تاپر و پوتوس، ۲۰۱۰). تفاوت های بوجود آمده در نتیجه عوامل روانشناختی مرتبط با رژیم غذایی بیشتر از هر تأثیر روانشناختی دیگر می باشد (گرین و راجرز، ۱۹۹۸؛ گرین، الیمان و راجرز، ۱۹۹۵؛ گرین و همکاران، ۲۰۰۳ نقل از تاپر و پوتوس، ۲۰۱۰) و مطالعات اخیر تأیید می کنند که این آسیب ها بویژه در مؤلفه های اجرایی حافظه فعال و در قسمت های مرتبط با اشتغال ذهنی پیرامون غذا، بدن و افکار مرتبط می باشد (گرین و همکاران، ۱۹۹۷، ۲۰۰۳؛ گرین و راجرز، ۱۹۹۸؛ جونز و راجرز، ۲۰۰۳؛ کمپز و تیگمان، ۲۰۰۵ نقل از تاپر^{۴۷} و پوتوس^{۴۸}، ۲۰۱۰).

همچنین، نباید نقش مهم خانواده به منزله نخستین انتقال دهنده ارزشهای اجتماعی را، در گسترش اختلالهای تغذیه نادیده گرفت (دادستان، ۱۳۸۵). نظریه های سیستمی خانواده، تأثیرات پویای های درون خانواده را بر ابتلا به اختلال بی اشتها بی عصبی به طور قابل ملاحظه ای نشان داده اند. سلوینی _ پالازولی (۱۹۸۷) به برخی از ویژگی های درون خانوادگی از قبیل؛ ائتلاف پنهانی والد و کودک، شل بودن و نفوذپذیری مرزهای درون خانواده و به ویژه مرزهای بین نسلی، انکار تعارض های آشکار خانواده و پندار خود و خود مختاری تضعیف شده اعضا خانواده در خانواده های دارای بی اشتها بی عصبی اشاره نمود.

با کمی کنکاش، به نظر می رسد که مفاهیم بیان شده از سوی سلوینی _ پالازولی (۱۹۸۷) بسیار مشابه ویژگی های توصیف شده از سوی مینوچین و همکارانش (۱۹۸۷) می باشد، یعنی، درگیری عاطفی شدید، حمایت گری بیش از حد، مرزهای خشک و غیر قابل انعطاف، فقدان راه حل برای تعارض های درون خانواده و درگیری

^{۴۶} - Elliman
^{۴۷} - Tapper
^{۴۸} - Pothos

کودک در تعارض های والدینی. بر طبق دیدگاه تعاملات، مطالعات نشان می دهد میزان بالای انسجام و ارتباط عاطفی، قابلیت انعطاف پذیری زوجین منطبق بر مراحل رشدی و رویدادهای حیاتی و گفتگوی صحیح میان اعضای خانواده به رشد فردی اعضا کمک می کند و حمایت اجتماعی در برابر بحران ها ایجاد می کند (اولسون^{۴۹} و همکاران، ۱۹۸۳ نقل از کارمونا^{۵۰}، ۲۰۰۸). بر عکس، انسجام و ارتباط هیجانی کم، فقدان گفتگو وعدم انعطاف پذیری در برابر تغییر ابعادی از ناکارآمدی خانواده هستند (مینوچین^{۵۱} و فیشمن^{۵۲}، ۱۹۸۴؛ اولسون، ۱۹۹۱؛ پترسون^{۵۳} و گارویک^{۵۴}، ۱۹۹۴ نقل از کارمونا، ۲۰۰۸). مطالعات نشان می دهد که مصرف مت آمفتامین و مسائل مرتبط با اینگونه سبک زندگی، منبع اصلی تعارض می باشد. در مطالعات بر روی افراد بزرگسال مصرف کننده مواد، تعارض خانوادگی بعنوان عامل مداخله کننده در عود در نظر گرفته می شود (سان^{۵۵}، ۲۰۰۷). بنابراین تعجب آور نیست که تعارض خانوادگی بر همه سطوح مصرف، تأثیرات روانشناختی منفی می گذارد (شرلی^{۵۶}، استفانی^{۵۷} و پترسون^{۵۸}، ۲۰۰۹).

از آنجا که در زمینه ؛ انعطاف پذیری خانواده، اشتغال ذهنی پیرامون غذا و تصویر بدنی در زنان مصرف کننده ماده محرک شیشه، تحقیقی صورت نگرفته است، لذا پژوهش حاضر درصدد یافتن بررسی و چگونگی این رابطه است که آیا تصویر بدنی و انعطاف پذیری خانواده را میتوان در پدیدآیی مصرف ماده شیشه مؤثر دانست یا خیر ؟

۱-۳- ضرورت و اهمیت تحقیق

^{۴۹} - Olson
^{۵۰} - Carmona
^{۵۱} - Minuchin
^{۵۲} - Fischman
^{۵۳} - Patterson
^{۵۴} - Garwick
^{۵۵} - Sun
^{۵۶} - Shirley
^{۵۷} - Steffanie
^{۵۸} - Patterson